

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RAFAEL NEIVA FERNANDES

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE E O ATENDIMENTO CONTÍNUO
PARA PACIENTES HIPERTENSOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA
O MUNICÍPIO DE IGARAPÉ, MG**

IGARAPÉ / MINAS GERAIS

2015

RAFAEL NEIVA FERNANDES

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE E O ATENDIMENTO CONTÍNUO
PARA PACIENTES HIPERTENSOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA
O MUNICÍPIO DE IGARAPÉ, MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez.

IGARAPÉ / MINAS GERAIS

2015

RAFAEL NEIVA FERNANDES

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE E O ATENDIMENTO CONTÍNUO
PARA PACIENTES HIPERTENSOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA
O MUNICÍPIO DE IGARAPÉ, MG**

Banca Examinadora:

Aprovada em Belo Horizonte: ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Aos pacientes e a toda equipe da UBS Cidade Nova, dedico este trabalho

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador pela paciência e disponibilidade, a minha família e
companheiros de trabalho pelo apoio.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, sendo atualmente considerada um dos principais fatores de risco modificáveis, assim como um dos mais importantes problemas de saúde pública. A detecção precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, que são a principal causa de morte em nosso país e responsável por alta frequência de internações. Devido à alta prevalência e os baixos níveis de controle, a Hipertensão Arterial Sistêmica se tornou um grande desafio para profissionais e gestores da área da saúde. O presente trabalho foi realizado através de uma revisão narrativa sobre o tema, com o objetivo de elaborar um plano de ação visando um atendimento contínuo aos pacientes hipertensos assim como propor ações de prevenção primária a população cadastrada na Unidade Básica de Saúde do bairro Cidade Nova, localizada em Igarapé – MG. Espera-se que o projeto de intervenção possa contribuir para o controle dessa situação junto aos usuários assistidos e conseqüentemente para sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão arterial, Grupos Operativos na hipertensão arterial, Revisão narrativa hipertensão arterial, Controle hipertensão arterial

ABSTRACT

Hypertension (HBP) is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure, is currently considered one of the major modifiable risk factors, as well as one of the most important public health problems. Early detection, treatment and control of blood pressure levels are fundamental to the reduction of cardiovascular events, which are the leading cause of death in our country and responsible for high frequency of hospitalizations. Given the high prevalence and low levels of control, Systemic Hypertension has become a major challenge for professionals and managers in the health field. This work was carried out through a narrative review of the literature, with the goal of developing an action plan for continuous care for hypertensive patients and to propose primary prevention actions the population enrolled in the Cidade Nova Basic Health Unit, located in Igarapé - MG. It is expected that the intervention project will contribute to the control of this situation with the assisted users and consequently to their quality of life.

KEYWORDS: Hypertension, Operational Group in hypertension, Narrative review, high blood pressure, control blood pressure

LISTA DE QUADROS

- Quadro I** – Descrição dos nós críticos relacionados ao problema. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015..... 22
- Quadro II** – Desenho das operações para os nós críticos do problema. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015. 23
- Quadro III** – Identificação dos recursos críticos. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015..... 24
- Quadro IV** – Análise da Viabilidade do plano. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015..... 25
- Quadro V** – Elaboração do Plano Operativo. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015..... 27

LISTA DE FIGURAS

Figura I – Estratificação de Risco Cardiovascular de Hipertensão Arterial Sistêmica.	30
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	OBJETIVO GERAL.....	17
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	17
4	METODOLOGIA.....	18
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, com 35% da população acima de 40 anos e esse número é crescente. Como seu aparecimento está cada vez mais precoce, estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por Acidente Vascular Encefálico - AVE e 47% por Doença Isquêmica do Coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as Doenças Cardiovasculares têm sido a principal causa de morte: em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (WILLIAMS, 2010; MALTA *et al.*, 2009).

A comparação das frequências, respectivamente de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs.

59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs.67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA *et al.*, 2010; ROSÁRIO *et al.*, 2009; JARDIM *et al.*, 2007).

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a Hipertensão Arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício físico pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana de forma contínua ou acumulada (BRASIL, 2006; LESSA, 2001).

Os trabalhos com grupos operativos têm como característica principal a centralização em uma tarefa, constituindo-se como um instrumento de trabalho e um método de investigação. Eles podem, assim, cumprir uma função terapêutica, uma vez que eles estão centrados em uma tarefa que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades, caracterizando-se como educativos, terapêuticos, dentre outras finalidades (ZIMERMAN *et al.*, 1997).

Um grupo se caracterizaria como terapêutico quando tem uma tarefa a realizar e, através deste trabalho operativo, quando o foco de trabalho está centrado em um objetivo específico que possa esclarecer as dificuldades individuais de cada um de seus membros, rompendo com estereótipos e possibilitando a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento dos indivíduos, auxiliando-os a encontrar condições próprias de resolver ou se enfrentar com elas. Um processo de solidariedade, de ajuda mútua entre os membros do grupo também se apresenta como um aspecto terapêutico, no sentido de que os indivíduos se reconheçam como úteis e capazes de pertencerem ao grupo e de fazerem reparações a danos que, na realidade ou na fantasia, cometeram contra outros ou contra si. O trabalho em grupo propicia uma capacidade de pensar as experiências emocionais cotidianas e aprender com elas, pois no grupo, o sujeito faz inúmeras introjeções de como os outros lidam com os problemas. O grupo é o agente da cura e a tarefa constitui um organizador dos processos de pensamento, comunicação e ação que se dão entre os membros do grupo (ZIMERMAN *et al.*, 1997).

Através da participação em grupo, o sujeito pode pela troca de vivências aprender com as experiências mútuas, repensar sua forma de agir frente à doença e conseqüentemente vir a mudar seus hábitos (SANTOS, 2003).

O município de Igarapé, localizado em Minas Gerais, está situado na zona metropolitana de Belo Horizonte, a 48 km da capital, ocupando uma área de 109,930 km² e possui uma população de 34.879 habitantes segundo o Censo do IBGE/2010 (BRASIL, 2010).

Ao todo, o município conta com 9 equipes de Estratégia de Saúde da Família que juntas cobrem 83,9% da população. A Unidade Básica de Saúde do Bairro Cidade Nova apresenta uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, e 5 agentes comunitários de saúde, sendo responsável por uma população de 2985 pacientes cadastrados.

Foi constatado pela Equipe de Saúde da Família, como principal nó crítico da Unidade Básica, o número elevado de pacientes portadores de Hipertensão

Arterial Sistêmica, que por não realizarem acompanhamento contínuo de sua patologia, buscavam atendimento na demanda espontânea para tratamento de seus quadros agudos decorrentes do mau controle pressórico.

A Unidade Básica de Saúde não realiza grupos operativos e nem dispõe de carga horária específica para atendimento destes pacientes, sendo a maioria destes pacientes idosos e/ou que apresentam baixa escolaridade, o que compromete a aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Outro fator que agrava este quadro é a falta de local específico para realização de atividades físicas em nossa área de abrangência, incentivando o alto índice de sedentarismo.

Sendo assim, considerando a importância dos grupos operativos no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, e principalmente pelo fato de que o município de Igarapé não possui atividades desta natureza para os usuários da saúde, objetiva-se com este trabalho elaborar uma proposta de intervenção capaz de suprir esta lacuna, contribuindo para a qualidade de vida desta população.

1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

No diagnóstico Situacional realizado na Unidade Básica de Saúde Cidade Nova, em Igarapé – MG foi possível verificar o grande número de pacientes hipertensos diagnosticados (387 segundo dados do SIAB), sendo a HAS a patologia mais prevalente dentre os usuários, ao mesmo tempo em que a Unidade de Saúde não contava com uma agenda específica voltada para estes pacientes.

Através da observação ativa foi detectado o alto número de hipertensos não controlados dentre este grupo de pacientes, com constantes atendimentos de demanda espontânea a pacientes que necessitavam de intervenção medicamentosa imediata, com níveis pressóricos $\geq 180\text{mm/Hg}$ de PA Sistólica e/ou $\geq 110\text{mm/Hg}$ de PA Diastólica, ou a pacientes Hipertensos em uso regular de medicações anti-hipertensivos, e que encontravam-se com níveis pressóricos elevados em consultas ambulatoriais casuais.

Outro fator que chamou a atenção dos profissionais de saúde da equipe foi o número elevado de pacientes que não tinham diagnóstico de Hipertensão e que apresentavam níveis pressóricos ≥ 140 mm/Hg PA Sistólica e/ou ≥ 90 mm/Hg PA Diastólica em uma consulta ambulatorial casual, mantendo níveis elevados em 2 consultas subsequentes, sendo diagnosticados hipertensos.

Também pode ser detectado pelos profissionais que em geral o grupo de usuários hipertensos tinha pouco conhecimento acerca de sua patologia, não tinha costume de aferir seus níveis pressóricos regularmente, e apresentava baixa adesão ao tratamento medicamentoso e medidas não medicamentosas, tendo como principal justificativa o fato de encontrarem assintomáticos.

Esta situação despertou nos profissionais a necessidade de se definir estratégias para organizar estes pacientes, realizar a classificação de risco cardiovascular dos mesmos, criar uma agenda específica para estes pacientes na Unidade de Saúde e adotar medidas visando a prevenção de agravos dos mesmos.

2 JUSTIFICATIVA

Desde 1986 a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a importância do trabalho em grupo está em despertar nos participantes a necessidade do autocuidado, através da consciência crítica em relação ao binômio saúde e doença. Essa ação integradora leva em conta a concepção da promoção da saúde, definida na Carta de Ottawa como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo" (OMS, 1986).

Os grupos operativos têm sido utilizados na atenção primária para proporcionar ao paciente orientação para o autocuidado no manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e diversas outras patologias, que exigem a construção e manutenção de um vínculo prolongado entre equipe de saúde, pacientes e comunidade, possibilitando o suporte aos diversos desafios enfrentados na vida cotidiana destes pacientes (BRASIL, 2010). A justificativa deste trabalho está na importância destes grupos, portanto faz-se necessário que os mesmos sejam implementados em Igarapé - MG.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Elaboração de uma proposta de intervenção para os pacientes portadores de HAS não controlados reduzindo a morbimortalidade destes pacientes.

3.2 Específicos:

3.2.1 Iniciar a realização de grupos operativos voltados para pacientes portadores de HAS.

3.2.2 Descrever a importância do trabalho com grupos operativos nos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

3.2.3 Realizar uma revisão de literatura sobre o tema.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado executando-se três etapas. Num primeiro momento foi realizado um diagnóstico situacional através de uma estimativa rápida realizada pela equipe da Unidade Básica de Saúde, no qual foi constatado através da coleta de dados dos registros eletrônicos da unidade que 387 usuários possuem Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo esta a patologia mais prevalente dentre a população cadastrada em nossa área de abrangência.

Uma vez realizado o diagnóstico situacional, foi realizada uma revisão da literatura, em que foram escolhidas de forma aleatória publicações dentro dos temas, Hipertensão Arterial Sistêmica, implementação e importância dos grupos operativos em patologias crônicas, que na interpretação crítica do autor, seriam relevantes para a construção do presente trabalho configurando-se como uma revisão narrativa de literatura (ROTHER, 2007).

As publicações utilizadas na revisão da literatura foram obtidas via *online*, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico, Departamento de Atenção básica do Ministério da Saúde e em publicações utilizadas para a composição das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Como critérios de exclusão, foram desconsideradas as publicações que não tinham correlação com o tema proposto, ou que não foi possível a obtenção da publicação na íntegra.

Os resultados obtidos contribuíram para a elaboração do plano de intervenção, baseado na proposta de Campos et al (2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm/Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm/Hg de diastólica em condições de repouso ou pelo menos duas aferições subseqüentes obtidas em dias diferentes. Quase sempre, acompanham esses achados lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente é uma doença silenciosa e quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (SILVA E SOUZA, 2004).

A ocorrência de doenças cardiovasculares produz graves repercussões para o paciente, sua família e para a sociedade. Grande parte dos pacientes que sobrevivem ficam com algum grau de comprometimento físico, colaborando para o absenteísmo no trabalho e aposentadoria precoce. De acordo com o Ministério da Saúde, 40% das aposentadorias precoces estão relacionadas ao acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio. Além disso, representam elevado custo financeiro, porque onera os serviços públicos de saúde com altas taxas de internações hospitalares (BRASIL, 2001).

Com o objetivo de capacitar a população para atuar na melhoria de sua própria qualidade de vida, a educação em saúde é a forma mais eficaz de se evitar complicações, hospitalizações e gastos aos cofres públicos. É necessário que o usuário participe ativamente do processo de mudança, se conscientizando sobre a necessidade de modificar seus hábitos de vida e incorporar hábitos saudáveis (NASCIMENTO et al, 2013; BRASIL, 2006).

Apesar dos hábitos de vida saudáveis serem amplamente divulgados nos serviços de saúde e na sociedade, o processo saúde/doença é socialmente determinado pelas crenças, hábitos culturais e nível de escolaridade de cada indivíduo, sendo a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento proposto o grande desafio para o serviço de saúde (MACHADO e VIEIRA, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou-se no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, cujo principal propósito é reorganizar a prática da atenção em novas bases, reverter o modelo de saúde voltado para a cura das doenças levando a saúde para mais perto da família. A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, assegurando a referência e contra-referência aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde criou um sistema intitulado de HIPERDIA, que tem como objetivo vincular os portadores de hipertensão arterial às Unidades Básicas de Saúde, permitindo não apenas o acompanhamento da assistência aos hipertensos nas Unidades Básicas de Saúde, mas também colaborando no planejamento e programação da assistência farmacêutica a esses usuários e fornecendo dados para os gestores de saúde possam elaborar estratégias que proporcionem melhoria da qualidade de vida desta população (BRASIL, 2006).

A teoria de grupo operativo foi elaborada pelo médico psiquiatra e psicanalista Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), que iniciou seus estudos sobre os fenômenos grupais a partir de um incidente vivido no hospital psiquiátrico em que trabalhava. Após uma greve da equipe de enfermagem do hospital, Pichon-Rivière delegou aos pacientes menos comprometidos assistência aos pacientes mais comprometidos, e durante esta fase foi observada uma melhora significativa no quadro dos dois grupos de pacientes. (DIAS e CASTRO, 2006).

Pichon-Rivieri também é citado por Soares e Ferraz (2004) que definiu o grupo operativo como um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço articuladas por sua mútua representação interna que se propunham a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si.

A adoção de grupos operativos dirigidos aos pacientes portadores de hipertensão arterial iniciou-se na década de setenta nos Estados Unidos, através de um programa nacional de detecção e controle da hipertensão arterial, devido aos altos índices de morbidade e mortalidade provocadas pela doença, assim como o elevado número de pessoas por ela atingidas. O objetivo principal é de melhorar a aderência do paciente ao tratamento, alcançando o efetivo controle dos níveis tensionais. Também apresentava outros objetivos, como de melhoria da relação médico-paciente, melhor acesso aos medicamentos, e mais informações sobre a doença (FILHO et al, 1992; SANTOS e ANDRADE, 2003).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem como eixos fundamentais a promoção de saúde e prevenção de agravos, e neste sentido o trabalho com grupos operativos vem sendo incorporado pelas equipes para alcance destes objetivos. O Ministério da Saúde, através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, sugeriu o trabalho em grupos na Atenção Primária (DIAS et al., 2009; HORTA et al., 2009).

Segundo Dias (2009), torna-se imprescindível o desenvolvimento de habilidades para o trabalho com grupos e ampliação do conhecimento e da capacidade de comunicação efetiva, considerando que a educação em saúde, mais do que difundir informações, relaciona-se a ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação dos nós críticos

Após realizado o diagnóstico situacional, foram estabelecido os principais fatores que influenciam no problema identificado, sendo divididos em fatores relacionados a unidade de saúde, assim como a fatores relacionados aos usuários.

Quadro I – Descrição dos nós críticos relacionados ao problema. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015.

Fatores	Nós críticos
Relacionados à Unidade de Saúde	Falta de uma agenda específica para atendimento continuado a pacientes Hipertensos; Baixo conhecimento das agentes comunitárias de saúde sobre a doença
Relacionados aos Usuários	Pouco conhecimento acerca de sua patologia; Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e as medidas não medicamentosas

Fonte: próprio autor(2015)

6.2 Desenho das operações para os nós críticos do problema.

Depois de identificados os principais nós críticos dos problemas encontrados no controle de HAS dos pacientes cadastrados, foi necessário elaborar estratégias para o enfrentamento destes problemas. Estas estratégias encontram-se descritas no quadro abaixo.

Quadro II – Desenho das operações para os nós críticos do problema. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultado sesperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de agenda específica para hipertensos	Tarde da Hipertensão	Horário na agenda da unidade específico para atendimento de pacientes hipertensos	Criação dos grupos operacionais de Hipertensos; Atendimento continuado aos pacientes hipertensos; Prevenção de agravos; Melhor adesão ao tratamento	Organizacional: Criar uma agenda específica para hipertensos na Unidade de Saúde
Baixo conhecimento das agentes comunitárias de Saúde (ACS) sobre Hipertensão	Saber I	Capacitação das ACS sobre Hipertensão Arterial Sistêmica	Difusão do conhecimento para a comunidade; Prevenção de novos casos; Diagnóstico precoce de novos casos	Organizacional: Programar horário na agenda para capacitar as ACS Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas Humanos: Disposição das ACS em aprender sobre o tema e repassar o conhecimento a comunidade.
Baixo conhecimento dos usuários sobre a Hipertensão	Saber II	Melhor orientação da comunidade sobre a doença; Estimulo a prática de hábitos de vida saudáveis na comunidade	Prevenção de novos casos; Diagnóstico precoce de novos casos de hipertensão	Organizacional: Produzir materiais educativos Cognitivo: Estratégias de comunicação e pedagógicas Político: Solicitar a Secretaria Municipal de Saúde materiais para distribuição na Unidade de Saúde e pelas ACS durante as visitas domiciliares; Solicitar a Prefeitura Municipal espaço físico adequado para pratica de atividades físicas na comunidade.
Baixa adesão ao tratamento	Cuidar-se	Pacientes melhor	Pacientes com níveis	Organizacional: Disponibilidade da

medicamentoso e as medidas não medicamentosas pelos pacientes hipertensos		orientados sobre sua patologia, seus agravos e suas formas de controle; Uso correto das medicações pelos pacientes; Maior estímulo a prática de hábitos de vida saudáveis; Maior frequência de aferição de níveis pressóricos pelos pacientes	pressóricos controlados; Diminuição de agravos neste grupo de pacientes	equipe para um atendimento multidisciplinar ao paciente Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas Político: Maior acesso dos pacientes ao centro de prática esportiva municipal; Solicitar a Prefeitura Municipal espaço físico adequado para que os pacientes possam praticar atividades físicas na comunidade
---	--	--	--	--

Legenda – ACS: Agentes Comunitárias de Saúde

Fonte: próprio autor (2015)

6.3 Identificação dos recursos críticos

Realizado o desenho das operações, no qual foram descritos os recursos necessários para a obtenção dos resultados esperados em cada operação proposta, foram identificados dentre estes recursos quais seriam os essenciais para a viabilidade do plano de ação.

Quadro III – Identificação dos recursos críticos. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Tarde da Hipertensão	Organizacional: Criar a agenda específica para hipertensos na Unidade de Saúde.
Saber I	Humano: Disposição das ACS em aprender sobre o tema e repassar o conhecimento para a comunidade durante as visitas domiciliares
Saber II	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas.
Cuidar-se	Organizacional: Disponibilidade da equipe para um atendimento multidisciplinar ao paciente hipertenso. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas.

Legenda – ACS: Agentes Comunitárias de Saúde

Fonte: Próprio Autor (2015)

6.4 Análise da Viabilidade do plano

Após organizados os recursos essenciais para a viabilidade do plano, foi necessário realizar a análise da viabilidade do plano operativo, identificando os atores que controlam os recursos críticos, assim como estabelecer suas motivações frente a operação e desenvolver estratégias visando a viabilidade do plano.

Quadro IV – Análise da Viabilidade do plano. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Tarde da Hipertensão	Organizacional: Criar a agenda específica para hipertensos na Unidade de Saúde	Coordenadora da Unidade Básica de Saúde	Favorável	Não é necessária
Saber I	Humano: Disposição das ACS em aprender sobre o tema e repassar o conhecimento para a comunidade durante as visitas domiciliares	Equipe de ESF	Favorável	Não é necessária
Saber II	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas.	Equipe de ESF População	Favorável Indiferente	Não é necessária Produção de materiais; Abordagem do tema durante consultas com o médico e enfermeira;

				Abordagem do tema pelo Técnico em Enfermagem durante aferições de pressão arterial Orientação das ACS a comunidade durante as visitas domiciliares
Cuidar-se	Organizacional: Disponibilidade da equipe para um atendimento multidisciplinar ao paciente hipertenso.	Médico; Enfermeira	Favorável	Consulta programada com o médico e a enfermeiras a todos pacientes hipertensos cadastrados
	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas.	Equipe ESF	Favorável	Não é necessária

Legenda – ESF: Estratégia de Saúde da Família; **ACS:** Agentes Comunitárias de Saúde

Fonte: Próprio Autor (2015)

6.5 Elaboração do Plano Operativo

Realizada a análise da viabilidade do plano, em que foram definidos os atores que controlam as operações e as ações estratégicas visando garantir a motivação dos mesmos, foi elaborado o plano operativo descrito no quadro abaixo, que teve como função designar os responsáveis por cada operação e definir prazos das execuções destas. Como as operações visam um

atendimento contínuo aos pacientes hipertensos e diminuição de novos casos, em algumas operações não foram estabelecidos prazos de término das atividades.

Quadro V – Elaboração do Plano Operativo. Projeto de Intervenção voltado para controle da HAS, Igarapé, MG, 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Tarde da Hipertensão	Horário na agenda da unidade específico para atendimento de pacientes hipertensos	Criação dos grupos operacionais de Hipertensos; Atendimento continuado aos pacientes hipertensos; Prevenção de agravos; Melhor adesão ao tratamento	Organizar agenda de UBS disponibilizando a quinta-feira a tarde para atendimento prioritário a pacientes hipertensos pelo médico e pela enfermeira	Médico; Enfermeira	Dois meses para início das atividades
Saber I	Capacitação das ACS sobre Hipertensão Arterial Sistêmica	Difusão do conhecimento para a comunidade; Prevenção de novos casos; Diagnóstico precoce de novos casos	Capacitação das ACS pelo médico; Estímulo a propagação do conhecimento das ACS para a comunidade através de reuniões destas com a enfermeira para debate sobre a importância das mesmas para melhoria da saúde da comunidade	Médico; Enfermeira	Início: 30 dias Término: 45 dias
Saber II	Melhor orientação da comunidade sobre a doença; Estímulo a prática de hábitos de vida saudáveis na comunidade	Prevenção de novos casos; Diagnóstico precoce de novos casos de hipertensão	Produção de materiais; Abordagem do tema a pacientes durante consulta com o médico e a enfermeira; Abordagem do tema durante as aferições de pressão arterial pelo Técnico em Enfermagem; Orientação das	Equipe ESF	Dois meses para início das atividades

			ACS a comunidade durante as visitas domiciliares		
Cuidar-se	Pacientes melhor orientados sobre sua patologia, seus agravos e suas formas de controle; Uso correto das medicações pelos pacientes; Maior estímulo a pratica de hábitos de vida saudáveis; Maior frequência de aferição de níveis pressóricos pelos pacientes	Pacientes com níveis pressóricos controlados; Diminuição de agravos neste grupo de pacientes	Consulta programada a todos pacientes hipertensos cadastrados em que serão solicitados exames complementares (caso necessário) e estratificação de risco cardiovascular para revisão do tratamento proposto individualmente	Médico; Enfermeira	Dois meses para o início das atividades

Legenda – UBS: Unidade Básica de Saúde; **ACS** – Agentes Comunitários de Saúde; **ESF:** Estratégia de Saúde da Família
 Fonte: Próprio Autor (2015)

6.6 Discussão

Neste primeiro momento vem sendo realizado pelas agentes comunitárias de saúde a atualização dos cadastros dos pacientes hipertensos da área de abrangência de nossa Unidade Básica de Saúde. Assim como vem sendo discutido pela equipe de saúde o processo de trabalho da mesma, buscando os pontos positivos, assim como soluções para os pontos que necessitam ser melhorados.

Uma vez que estivermos com o cadastro atualizado contando com o número real de pacientes hipertensos, será produzido um caderno de controle, em que serão anotados os nomes de todos os pacientes hipertensos

cadastrados, e serão feitas três cópias que ficarão em posse do médico, da enfermeira e das agentes comunitárias de saúde respectivamente.

Através do caderno de controle das agentes comunitárias será realizada a busca ativa pelos pacientes em demanda ainda a ser definida, em que os mesmos serão orientados a comparecer na Unidade Básica de Saúde para aferição casual de sua pressão arterial pelo técnico de enfermagem e durante a oportunidade será agendada consulta com a enfermeira na Tarde da Hipertensão, que ocorrerá às quintas-feiras à tarde.

Durante consulta com a enfermeira será anotado no caderno de controle em posse da mesma, o comparecimento do paciente a consulta. Nesta consulta será informado aos pacientes as novas ações propostas pela Equipe de Saúde da Família para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, também serão coletados e anotado em prontuário dados de Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura e quadril e glicemia capilar dos pacientes. Para pacientes que se encontram a mais de um ano sem realizar exames laboratoriais, serão solicitados para rastreamento de risco destes pacientes os exames iniciais de rotina para o paciente Hipertenso (Análise da Urina; Potássio Plasmático; Creatinina Plasmática e estimativa do Ritmo de Filtração Glomerular; Glicemia de Jejum; Perfil Lipídico; Ácido Úrico plasmático; Eletrocardiograma convencional), conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). À medida que os exames laboratoriais fiquem prontos, os pacientes terão sua consulta médica agendada.

Durante a consulta médica, será anotado o comparecimento do paciente a consulta no caderno de controle em posse do médico e os pacientes com os resultados dos exames laboratoriais em mãos serão avaliados. Também será realizada a estratificação de risco cardiovascular do paciente baseado na escala de Framingham através de programa informatizado cedido pelo SES/MG (2013) a Prefeitura Municipal de Igarapé, em que uma imagem da interface se encontra abaixo.

Figura I – Estratificação de Risco Cardiovascular de Hipertensão Arterial Sistêmica

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA			
UAPS:	Cidade Nova	EQUIPE:	
PRONTUÁRIO:		DATA:	
NOME:			
FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR		INVÁLIDO	
Sexo:	Idade:	Tabagismo:	Diabetes:
1 - Masculino 2 - Feminino	(em anos completos e acima de 30 anos)	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não
Colesterol:		Pressão arterial Sistólica:	
Total:		Tratada:	
HDL:		Não tratada:	
Obs: Preencher somente 1 resultado de PA			
ESTIMATIVA DE RISCO CARDIOVASCULAR		INVÁLIDO	
CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO			
		1 - Suficiente 2 - Insuficiente	
LESÃO DE ORGÃO ALVO			
		1 - Ausente 2 - Identificada	
CONDIÇÃO CLÍNICA ASSOCIADA			
		1 - Ausência 2 - Presença	
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HIPERTENSOS para organização da Rede de Atenção à Saúde		INVÁLIDO	

Fonte: SES/MG (2013)

Após classificados entre risco baixo, moderado e alto segundo a classificação de risco cardiovascular aplicada, a mesma será utilizada como base para divisão dos grupos operativos, que serão iniciados após coleta dos dados de pelo menos 50% dos pacientes hipertensos cadastrados.

Iniciados os grupos, no primeiro momento serão realizadas atividades com o objetivo de equipe e pacientes participantes se conhecerem melhor através de atividades de apresentação de cada paciente e membro da equipe, e conjuntamente será oferecido espaço para esclarecimentos de dúvidas que possam vir a surgir, assim como breve explicação em como funcionarão os grupos. Após essa etapa serão iniciadas as atividades de orientação entre os pacientes, focando em um assunto específico para cada reunião e realizando a troca de experiências entre os próprios pacientes. Também serão realizadas atividades recreativas a serem ainda escolhidas pela equipe de saúde, com o objetivo de reforçar o vínculo dos pacientes com a equipe assim como entre eles mesmos. Pretende-se casualmente convidar profissionais de outras áreas para oferecer palestras específicas a estes pacientes, assim como outras modificações podem ser realizadas neste processo segundo a necessidade observada pela equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que as modificações no estilo de vida como alimentação adequada, baixo consumo de sal, controle de peso, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo e etilismo são de fundamental importância para o processo terapêutico e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica. Contudo, apesar destas evidências que são incontestáveis, o que podemos observar é que estes fatores continuam a crescer em nossa sociedade, levando a um aumento contínuo da prevalência e incidência de HAS assim como seus baixos níveis de controle.

Diante do impacto mundial negativo que a HAS e suas complicações, em especial as doenças cardiovasculares, fica evidente a importância de um aprofundamento na abordagem não apenas ao paciente hipertenso, mas na comunidade em que ele se insere como forma de identificação de possíveis dificuldades que por ventura venham a dificultar o tratamento, assim como reduzir a exposição desta comunidade a estes fatores de risco.

Dentre os trabalhos utilizados, apesar de apresentarem enfoques diversificados, todos mencionam a importância de um atendimento contínuo aos pacientes hipertensos como fundamental para o processo terapêutico. E muitos apresentaram como enfoque os grupos operativos e seus resultados positivos neste processo, exercendo efeito multiplicador e proporcionando melhor adesão ao tratamento.

A Saúde da Família, cujo processo de trabalho da equipe multiprofissional pressupõe vínculo com a comunidade, tem responsabilidade fundamental no processo de desenvolver estratégias visando diminuir a carga desta doença, assim como seu impacto social e econômico decorrente de seu crescimento.

Durante a redação desta monografia, realizei debates entre a equipe da Unidade Básica de Saúde do bairro Cidade Nova em Igarapé – MG, em que

analisamos nosso processo de trabalho atual, identificando os pontos positivos e os que necessitam ser melhorados, e com isto, pude perceber que nosso vínculo como equipe foi reforçado, pois a responsabilidade em melhorar este processo de trabalho foi assumida por todos. Esperamos obter resultados positivos do projeto de intervenção, para que os mesmos possam ser apresentados a gestão municipal e difundidos para as demais Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília (DF), 2001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (**Cadernos de Atenção Básica; 16**)
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Data SUS, 2010
4. CAMPOS, FCC; FARIA, HP; SANTOS, MA. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
5. DIAS, RB; CASTRO, FM. **Grupos Operativos**. *Grupo de Estudos em Saúde da Família*. AMMFC: Belo Horizonte, 2006.
6. DIAS, VP; SILVEIRA, DT; WITT, RR. Educação em saúde: O Trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 221- 227, abr/jun. 2009.
7. FILHO, JM. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1992. 385p. Apud SANTOS, FR; ANDRADE, CP. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista APS**, v. 16, n. 1, p. 15-18, jan./jun. 2003.
8. HORTA, NC et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009
9. JARDIM PCV, PEIXOTO MR, MONEGO E, MOREIRA H, VITORINO PVO, SOUZA WSBS, SCALA LCN. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **ArqBrasCard** 2007; 88(4): 452–457.

10. LESSA I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, 2001; 8: 383–92.
11. MACHADO, MFAS; VIEIRA, FCV. Educação em Saúde: O olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./apr. 2009.
12. MALTA DC, MOURA L, SOUZA FM, ROCHA FM, FERNANDES FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in **Saúde Brasil 2008**. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362
13. NASCIMENTO LN, CASTRO DA, LIMA RO, MONTEIRO A. A educação e saúde no controle da hipertensão arterial no adulto. **I Congresso internacional de atenção a saúde**, 2013.
14. OMS (Organização Mundial da Saúde), **Carta de Ottawa**. In: **Promoção da Saúde e Saúde Pública**, 1986.p. 158-162, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
15. ROSÁRIO TM, SCALA LCNS, FRANÇA GVA, PEREIRA MRG, JARDIM PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Cardiol** 2009; 93(6): 672–678
16. ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi , jun. 2007.
17. SANTOS FR, ANDRADE PC. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista APS**, v.6, n.1, p.15-18, jan./jun. 2003
18. SILVA JLL; SOUZA SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004.
19. SOARES, SM; FERRAZ, A. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, Mar. 2007
20. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2006Fev: 1–48
21. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51

22. WILLIAMS B. **The year in hypertension**. JACC 2010; 55(1): 66–73
23. ZIMERMAN, DE et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1997. 424p.